

## Anmeldung zum Antigen Schnelltest SARS-CoV-2

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):

Tel.:

E-Mail:

Lesen Sie bitte die folgenden Informationen über den Test. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden.

Ein positives Antigen-Test-Ergebnis muss mit einem weiteren Abstrich, der ins Labor geschickt wird, bestätigt werden.

Bei positivem Testergebnis wird eine Meldung an das Gesundheitsamt nach gesetzlichen Regelungen erfolgen mit der Konsequenz einer Quarantäne.

**Ich habe die vorliegenden Informationen verstanden und bin einverstanden mit der Durchführung des o.g. Tests.**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Untersuchung meine Daten gespeichert werden.

Unterschrift:

Datum:

ggf. Erziehungsberechtigter:

Uhrzeit:

Kostenfrei kostenpflichtig 12 € bezahlt 3 € bezahlt nicht bezahlt **Testergebnis:**negativ positiv Mitteilungsweg: Schriftlich Art der Leistung: PoC-Antigentest 

Test-ID: AT 194/20

Test durchgeführt durch: